FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE

N° 277

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques LEVÉ

Né le 12 Janvier 1921, à Paris.

16 MAI 1947

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

LE CYLINDROME
MÉTASTASES ET RADIOSENSIBILITÉ

Président : M. VERNE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

16 MAI 1917

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LEVÉ.**

Prénom : **Jacques.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

LEVÉ (Jacques). — Le cylindrome. Métastases et radiosensibilité. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 39 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

LEVÉ (Jacques). — Le cylindrome. Métastases et radiosensibilité. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 39 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

LEVÉ (Jacques). — Le cylindrome. Métastases et radiosensibilité. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 39 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

LEVÉ (Jacques). — Le cylindrome. Métastases et radiosensibilité. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 39 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques LEVÉ

Né le 12 Janvier 1921, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

LE CYLINDROME
MÉTASTASES ET RADIOSENSIBILITÉ

Président : M. VERNE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale.	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie.	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie.	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale ...	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale ...	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A Monsieur le Professeur VERNE

Professeur de Biologie Médicale
Chef de service à l'Institut du Cancer
Officier de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il m'a fait, en acceptant de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur LAYANI

Médecin de l'Hôpital Corentin Celton

A Monsieur le Docteur BACLESSE

Médecin-Chef du Service de Radiologie de l'Institut Curie

Qui m'ont donné l'idée et la matière de cette thèse.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

INTRODUCTION

Le but de cet ouvrage n'est pas de faire une étude anatomo-clinique détaillée de la tumeur qui nous intéresse. De nombreux travaux ont été fait sur ce sujet, aussi nous ne rappellerons brièvement que les points essentiels de l'histologie et de la clinique, nous réservant d'insister plus longuement sur les métastases et le traitement des cylindromes.

Longtemps confondu dans la grande variété des cancers, décrit successivement comme tumeur embryonnaire, dysembryome conjonctivo-épithélial, épithélioma ou sarcome compliqué de dégénérescence muqueuse ou hyaline, on a refusé au cylindrome une individualité tumorale précise et on a groupé sous ce nom des processus tumoraux différents, et d'allures disparates.

Seule, disait Y. LEMAITRE dans sa thèse, la notion de cylindromisation, d'aspect cylindromateux, doit être retenue.

Les auteurs insistaient bien sur la fréquence des récidives après intervention sanglante, mais les métastases étaient considérées comme exceptionnelles, et le traitement chirurgical remportait les suffrages. Il nous semble au contraire, et ce sera ce que nous essayerons de prouver et la matière de notre conclusion.

1°) Que le cylindrome mérite une place bien individualisée dans la grande famille des cancers, tant par ses particularités histologiques que cliniques.

2°) Que si les récidives sont fréquentes après intervention, les métastases ne le sont guère moins.

3°) Qu'enfin le traitement radiothérapique est préférable à la chirurgie.

Nous appuierons cette démonstration de l'étude de trois observations inédites que nous devons à l'obligeance de Messieurs les Docteurs LAYANI et BACLESSE.

CHAPITRE I

Le cylindrome est un épithélioma caractérisé par l'état muqueux du stroma conjonctif, qui borde les travées cancéreuses. Telle en est la définition histologique.

D'une malignité variable, certaines encapsulées relativement bénignes, d'autres au contraire extrêmement envahissantes, ces tumeurs de tailles variables, paraissent divisées en lobes et lobules.

Chaque lobe est formé d'un groupe de cordons cellulaires, inclus dans une masse conjonctive commune. Les cordons sont formés de cellules petites, régulières, creusées de cavités arrondies ou ovalaires. Le stroma est formé par du tissu conjonctif bien vascularisé. Très lâche au voisinage des cordons, il est plus dense à distance, où il prend l'aspect scléreux ou hyalin.

L'histogénèse explique ces aspects. En bordure des lobes et en marge de la tumeur on trouve des bourgeons épithéliaux jeunes. Ceux-ci sont constitués de tubes glanduliformes à cellules cylindriques ou cubiques, contenus dans un tissu conjonctif jeune. Le tube prolifère, il pousse des ramifications, ses cellules deviennent cubiques et s'entassent sur plusieurs couches. La cavité du tube est refoulée et interrompue çà et là, chaque cavité tendant à devenir sphérique ou ovalaire. Ainsi prend naissance un cordon épithélial, semé de petites cavités glandulaires.

Lors de son accroissement il circonscrit et englobe

des capillaires engaînés de tissu conjonctif. Au contact des cellules épithéliales il se forme un dépôt de mucus dans le tissu conjonctif. Nous verrons plus loin les hypothèses formulées, pour expliquer la formation du mucus. Celui-ci reste au contact des cellules épithéliales qui bordent le stroma. Autour des cordons il forme l'étui caractéristique. En englobant les vaisseaux il fait les corps oviformes. En effet, la prolifération épithéliale continuant, les vaisseaux se trouvent étranglés aux points où ils pénètrent le cordon cellulaire. Les éléments conjonctivo-vasculaires ainsi enfermés dégénèrent et se fondent en une sphérule muqueuse, entourée de cellules épithéliales cubiques. Secondairement elle peut être séparée complètement. A côté de ces cavités qui résultent de la sécrétion muqueuse endocrinienne des cellules, et de la dégénérescence des éléments conjonctivo-vasculaires, il en est d'autres qui répondent à l'activité secrétoire normale des cellules. Elles sont d'un diamètre variable, suivant l'intensité de la fonction.

Les cavités remplies d'une substance muqueuse étant centrées par des axes vasculaires, suivant l'orientation de la coupe on observera soit des cavités arrondies, ou plus ou moins ovalaires, ou bien si la coupe a été parallèle à l'axe de longs cylindres muqueux, d'où le nom.

Ceci est la description d'un cylindrome typique primitif, mais pour certains auteurs les épithéliomas malpighiens seraient susceptibles de subir au cours de leurs évolutions, des modifications de structure, intéressant soit les cellules épithéliomateuses, soit le stroma tumoral. Ces modifications secondaires, donnant aux tumeurs qui en sont le siège des aspects très particuliers, qui font penser à des variétés néoplasiques nettement distinctes des épithéliomas malpighiens ordinaires.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la formation de ce mucus qui donne un aspect si particulier aux cylindromes.

Pour certains il s'agit d'une imbibition muqueuse du tissu conjonctif, le mucus étant un produit de sécrétion des cellules épithéliales; seules les tumeurs présentant cette particularité, et non une dégénérescence muqueuse des cellules, seraient des cylindromes.

Pour d'autres, il y a remaniement du tissu conjonctif par métamorphisme de la substance fondamentale et dégénérescence des fibroblastes. Cette transformation se verrait dans les épithéliomas malpighiens, et serait confirmée par le fait que l'on retrouve parfois une organisation concentrique avec aspect typique de globes épidermiques.

Sur l'origine du cylindrome, même dualité d'opinions. Molassez en 1883, disait : « Il ne paraît pas invraisemblable que le point de départ soit l'épithélium cutané ou muqueux, parce qu'elle semble avoir siégé au début en plein tissu sous-cutanée; une origine glandulaire paraît plus admissible ». Nous pensons que l'origine est glandulaire, et d'ailleurs le cylindrome se développe avec prédilection aux dépens des glandes de l'endoderme antérieur, en particulier des glandes salivaires.

CHAPITRE II

Au point de vue clinique, le cylindrome s'observe dans les deux sexes, avec, à peu de choses près, une égale fréquence, particulièrement à l'âge moyen de la vie, mais ni les jeunes, ni les vieillards n'en sont exempts.

On a invoqué comme cause favorisant son apparition, les traumatismes, mais sans démonstration probante.

Leur siège de prédilection est la face, régions de l'orbite, du maxillaire supérieur, et les glandes salivaires. Nous en avons vu l'explication.

Il ne se manifeste au début par aucun signe fonctionnel, et c'est la constatation d'une petite tumeur qui révèle sa présence. Il s'agit d'une petite tumeur unique, isolée, sans adhérences à la peau, généralement lisse, régulière, de forme arrondie, de consistance ferme, donnant la sensation d'une tension élastique. Plus rarement la palpation révèle la présence de deux ou trois nodules.

Ce petit noyau grossit progressivement et lentement, n'entraînant toujours aucune gêne fonctionnelle. Ce n'est que bien rarement qu'il entraîne des douleurs de compression, et ceci d'après son siège, par exemple dans une tumeur de l'orbite. Parfois un traumatisme semble en accélérer le développement. Dans une observation la tumeur s'est développée plus rapidement après une biopsie.

Après des années d'évolution il peut atteindre un volume important, et entraîner des troubles de compression. La tumeur est alors rarement unique, mais formée de nodules juxtaposés. Le relief est irrégulier, bosselé, la consistance moins ferme, avec par endroits des zones de ramollissement. La peau qui les recouvre est riche en vaisseaux, tendue, luisante, de teinte violacée, elle peut adhérer à la tumeur. Rarement la peau est ulcérée.

L'évolution se poursuit des années, voire des dizaines d'années, avec une bonne conservation de l'état général. Si l'on n'intervient pas, la mort survient par cachexie, ou au milieu de phénomènes infectieux, tels que pneumonie, ou broncho-pneumonie.

La propagation se fait soit par envahissement des tissus voisins, par contiguité, la tumeur poussant des prolongements dans les tissus sains; soit à distance par voie lymphatique et envahissement ganglionnaire, ou par voie sanguine, métastases dont de beaucoup les plus fréquentes sont les pulmonaires.

Avec ce que nous avons vu de la clinique sur quels signes pouvons-nous faire le diagnostic de cylindrome ? Ce ne sont en réalité que des arguments de présomption. La lenteur de l'évolution fera écarter l'idée d'un épithélioma malin. Le siège de prédilection sur les glandes salivaires pourra faire penser au cylindrome, mais aussi aux tumeurs mixtes. Classiquement ces deux variétés de tumeurs évoluent lentement, sans donner de métastases; or, nous verrons qu'il semble bien au contraire que ces dernières soient fréquentes au cours de l'évolution des cylindromes.

En fait le diagnostic repose essentiellement sur la biopsie et l'examen histologique de la pièce, qui montrera les corps oviformes caractéristique, bourrés de mucus colorable par le muci-carmin.

Laissé à lui-même nous avons vu l'évolution du

cylindrome. Qu'en advient-il lorsque l'on intervient ? Ici les auteurs sont d'accord pour insister sur la fréquence des récidives. « Après l'ablation chirurgicale d'un cylindrome d'une glande salivaire, la maladie acquiert une physionomie qui lui est propre. Cette individualité, il la doit à la répétition désespérante des récidives qui se produisent en série. Un délai de deux ans nous paraît être le délai minimum que l'on doit exiger avant de pouvoir parler de guérison. Ces récidives peuvent se produire d'une façon beaucoup plus précoce, deux à trois mois après l'opération. Cette précocité est rare, du moins si l'on envisage la première récidive » (Y. LEMAITRE).

Ainsi ces récidives présentent deux caractères primordiaux : elles sont de règle, elles sont multiples. BARROZI et LESNÉ citent un cas de cylindrome ayant débuté dans la région sous-maxillaire gauche, qui ne donna pas moins de six récidives en douze ans.

Lorsque l'on intervient pour une récidive la tumeur n'a plus les mêmes caractères qu'elle présentait à la première opération. Cette fois c'est une masse englobée de tissu fibreux cicatriciel, à contours imprécis. Les dimensions s'accroissent à chaque récidive, celles-ci devenant de plus en plus rapprochées.

Une hypothèse a été faite pour expliquer les récidives. Elles seraient dues au fait qu'il existe au voisinage de la tumeur, dans des parties d'apparence saines, des nodules microscopiques, qui doivent échapper au chirurgien. L'exérèse devrait donc être assez large pour enlever en même temps que la tumeur principale, tous ces lobules aberrants, mais alors elle est très mutilante.

Nous allons voir maintenant ce qu'il faut penser des MÉTASTASES. Longtemps les cylindromes comme les tumeurs mixtes furent réputés ne donner que peu ou pas de métastases.

BAUMGARTNER en 1914, relève dans la littérature

médicale, cinq observations de cylindrome avec envahissement ganglionnaire, et huit observations avec métastases viscérales.

En 1930, GUIDO écrivait : « Le cylindrome est une néoplasie primitive, ne donnant pas de métastases et ayant un développement lent » et il cite un cas, où un malade opéré et irradié a guéri. Nous verrons les réserves que l'on peut faire.

Plus récemment, en 1936, dans sa thèse, Y. LEMAITRE cite les cas relevés par BAUMGARTNER, mais avoue n'avoir jamais observé ni envahissement ganglionnaire, ni métastases viscérales. Encore soulève-t-il des objections pour ces cas. Les métastases n'ont pas toutes été contrôlées anatomiquement. Certains cas de cylindromes observés s'accompagnaient de ganglions tuberculeux ou hyperplasiques purs. En conclusion, dit-il, les métastases sont tout à fait exceptionnelles.

Voici tout d'abord une statistique faite à l'Institut Curie, et que nous reproduisons avec l'autorisation du Docteur BACLESSE. Elle porte sur un même nombre de tumeurs mixtes et de cylindromes observés, et contrôlés anatomiquement, pendant plus de vingt années.

Sur neuf tumeurs mixtes de la parotide il a été relevé une seule métastase pulmonaire constatée au cours de la vingt-et-unième année. Sur neuf cas de cylindrome, huit métastases pulmonaires et osseuses, se manifestant chronologiquement ainsi :

Un cas au cours de la troisième année.
Un cas au cours de la cinquième année.
Deux cas au cours de la dixième année.
Un cas au cours de la douzième année.
Un cas au cours de la treizième année.
Un cas au cours de la vingt-deuxième année.

Cette statistique dira-t-on n'est pas convaincante vu le petit nombre de cas sur lesquels elle porte. Mais mise

en parallèle avec le même nombre de cas de tumeurs mixtes elle prend toute sa valeur.

Comment expliquer cette contradiction avec ce qui a été dit. En regardant ce tableau il ressort tout de suite que les métastases sont très tardives, en moyenne autour de la douzième année. Ce fait expliquerait déjà que les métastases fussent considérées comme exceptionnelles si les malades n'étaient pas suivis au-delà de la cinquième année. D'autre part, certains malades porteurs de cylindromes, sont morts de longues années après, porteurs de métastases pulmonaires ignorées, et étiquetées, épisode pulmonaire aigu, pneumonie ou broncho-pneumonie.

Le siège le plus fréquent des métastases est le poumon, la plèvre, plus rarement les os, et ce n'est que par une radiographie que le diagnostic sera fait, parfois demandée pour une fracture spontanée. Elles ne se manifestent au début par aucun signe, et là encore c'est une cause d'erreur.

Que montre le cliché d'une métastase pulmonaire ? : des images assez typiques faites de petits noyaux arrondis, de un à deux centimètres de diamètre, parfois solitaires au début, se multipliant rapidement pour envahir tout le champ pulmonaire. Il existe parfois une atteinte concomitante de la plèvre.

Par quel mécanisme se produisent-elles ? Vernieuve et Goormagtich admettaient que la sécrétion muqueuse des cellules diminuant, celles-ci seraient alors en contact avec les vaisseaux. Le Docteur Baclesse, à la suite de coupes faites sur des cylindromes opérés, a remarqué plusieurs fois, l'apparition de boyaux néoplasiques, se détachant de la périphérie de la tumeur, et s'enfonçant dans le tissu environnant, où ils pourraient pénétrer dans les vaisseaux.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

Monsieur L..., 42 ans, cheminot, consulte à l'hôpital Saint-Antoine en décembre 1940 parce que des bosses indolores lui sont poussées sur le crâne. Des radiographies du crâne sont pratiquées et c'est en raison de leur aspect vraiment insolite que le malade est adressé au Docteur Layani par le Docteur Boltanski.

A l'examen, on constate l'existence de plusieurs tuméfactions sur le cuir chevelu. L'une siège dans la région occipitale, elle a le volume d'une noix, une autre sur la région pariéto-occipitale gauche, du volume d'une noisette, une troisième sur la région pariétale droite, également de la taille d'une noisette. Au palper, ces masses sont non pédiculées, légèrement rénitentes, dans l'ensemble assez fermes, de consistance uniforme, elles sont indolores, ne glissent pas sur les plans profonds, la peau qui les recouvre est lisse, indolore, non adhérente, glisse facilement sur la masse, de température normale ; on déprime facilement les tumeurs, le doigt qui déprime la masse, s'enfonce dans la paroi crânienne, dont on délimite aisément le contour, on a nettement l'impression d'une brèche. Le malade n'éprouve aucune douleur, et c'est seulement parce qu'il est inquiet de l'apparition de ces bosselures qu'il vient consulter. Les radiographies montrent nettement des lacunes qui creusent à l'emporte-pièce la paroi crânienne, au niveau des tumeurs. Ces lacunes ont des contours nets, comme tracés au compas. La postérieure a une forme généralement circulaire, de trois centimètres de diamètre dans ses deux axes. La seconde siège en plein pariétal, elle est également circulaire. La troisième creuse la région pariéto-

occipitale, ses contours sont géographiques, découpés, elle affecte vaguement la forme d'une demi-lune. La corticale de l'os est normale, non épaissie ; le massif facial est intact.

La radiographie de l'ensemble du squelette ne montre rien d'anormal, sauf dans la région claviculaire interne. Dans son tiers interne en effet la clavicule fait absolument défaut. Interrogé, le malade raconte qu'un an auparavant à l'occasion d'un effort minime, il a senti un craquement brusque à ce niveau, il a consulté un rebouteux. Rassuré complètement par les conseils de cet homme, le malade a repris sa vie normale, et a continué sans encombres son métier.

Devant ces constatations radiologiques et cliniques on pense à la possibilité d'un myélome. On pratique toute une série de recherches dans ce sens.

Le taux des protides, sérines et globulines, est normal, il n'y a pas de protéinurie et la ponction sternale ne révèle aucune anomalie.

On s'oriente alors vers l'hypothèse d'une maladie de Schuler-Christian, mais là encore l'enquête est négative. Le taux des lipides est rigoureusement normal, il n'y a pas de diabète insipide, la radiographie de la selle turcique, la montre de contours normaux. C'est alors qu'on se décide à pratiquer la biopsie d'une de ces tumeurs crâniennes. La biopsie de la masse, pratiquée dans le service du Professeur Brocq, est examinée au laboratoire central de Bichat par Mademoiselle Gauthier-Villars, elle ne montre qu'un tissu osseux banal.

C'est alors qu'en examinant attentivement le malade, on remarque dans la région prétragienne droite, une petite masse du volume d'une petite noisette, absolument indolore, sur laquelle la peau glisse aisément. La tumeur n'est pas mobile sur les plans profonds, elle est indolore au palper, ferme. Le malade raconte que cette masse qui ne le gêne nullement, est apparue en 1939. Une biopsie en est faite, l'examen histologique pratiqué par Mademoiselle Gauthier-Villars devait montrer qu'il s'agit d'un cylindrome. Cette notion permit de rattacher, la fracture de la clavicule sur-

venue l'année suivante, et en 1941 les masses tumorales qui se sont développées sur le crâne, au cylindrome.

Le malade est alors adressé au Docteur Baclesse à l'Institut Curie, qui met en œuvre un traitement radiothérapique localisé sur le cylindrome prétrogien. Le traitement s'est étalé sur les mois de janvier, février et mars 1941. Le malade a reçu 6.550 r. en 9 h. 14 sur 82 jours. Sous l'influence de ce traitement le cylindrome fondit assez rapidement et en août 1941 avait complètement disparu. Mais fait particulier et d'un intérêt vraiment très vif, les lacunes du crâne disparurent presque en même temps, les tumeurs qui bosselaient le crâne s'affaissèrent. Les radiographies du crâne montrent la disparition progressive des lacunes par recalcification périphérique. Au cours de l'occupation le malade fut perdu de vue, il vient nous voir en 1945 à l'hôpital Corentin-Celton. Des radiographies du crâne furent aussitôt pratiquées, elles ne montrèrent plus trace des lacunes osseuses. Le crâne avait gardé son aspect normal. Une radiographie pulmonaire systématique, ne montra pas la moindre trace d'un processus tumoral quelconque. Le malade a été revu en 1946, il est cliniquement et radiologiquement guéri. La clavicule elle-même a repris son aspect normal.

En résumé, un homme de 42 ans, présente en 1939 une tumeur prétragienne qui se révéla dans la suite être un cylindrome. En 1940 et 1941 apparaissent respectivement une fracture de la clavicule et des tumeurs crâniennes. Les os du crâne sont creusés de lacunes à l'emporte-pièce de dimensions variables. Bien que la biopsie de ces dernières n'ait pas révélé de structure cylindromateuse, il est infiniment vraisemblable qu'elles constituent les métastases du cylindrome apparu deux ans plus tôt. L'examen clinique et humoral, l'examen radiologique du tube digestif, et d'une façon générale de toutes les régions qui auraient pu être le point de départ des manifestations osseuses, s'est en effet montré négatif.

La radiothérapie qui a fait fondre le cylindrome prétragien, a fait également disparaître les tumeurs

osseuses, et le crâne dans la suite a repris sa texture normale. Il est logique de penser que le cylindrome étant une tumeur très radio sensible, la radiothérapie a eu raison de la masse originelle et des métastases crâniennes. Il n'en reste pas moins surprenant que la radiothérapie dirigée exclusivement sur le cylindrome prétragien ait eu raison de ces localisations osseuses. C'est là un fait qui tendrait à prouver le faible potentiel évolutif de ces épithéliomas en même temps que leur remarquable radiosensibilité.

Au point de vue clinique il est intéressant de noter l'aspect de myélomes multiples qu'ont revêtu ces métastases du cylindrome. Cette éventualité très rare sans doute, est intéressante à avoir présente à l'esprit, en présence de lacunes osseuses, le pronostic étant évidemment très différent quand elle se trouve réalisée. Ajoutons enfin que cette observation a été suivie pendant sept ans, et si nous devons faire des réserves sur la possibilité des métastases tardives, nous pouvons dire que jusqu'à présent ce malade qui semblait voué à une fin prochaine, présente tous les attributs de la guérison.

OBSERVATION II

Mme L... Marie. Il s'agit de la récidive d'un cylindrome de la paupière gauche, pour lequel on a pratiqué l'exentération de l'orbite.

Au point de vue antécédents héréditaires, collatéraux et personnels, rien à signaler.

La maladie a commencé en 1931 ou 1932 par une sensation de corps étranger dans la partie supérieure de l'œil gauche. La malade va consulter le Docteur Prieur qu'elle connaît personnellement, puis consulte à la fondation Rotschild où le Docteur Lagrange pratique une opération. Disparition des symptômes douloureux pendant deux ou trois mois, puis apparition d'une tumeur du volume d'un œuf. Nouvelle intervention aux Quinze-Vingts par le Docteur Kalt

en novembre 1940. Récidive au bout de deux mois pour laquelle le Docteur Kalt envoie la malade au Docteur Tailhefer.

En février 1941, examen du Docteur Tailhefer.

A l'heure actuelle, tuméfaction à la partie supéro-externe de l'orbite gauche, avec impossibilité d'ouvrir les paupières, et la palpation montre une induration de toute cette région avec adhérence au retard supéro-externe de l'orbite. Un examen histologique pratiqué par le Docteur Gricouroff sur la pièce opératoire provenant de l'intervention du Docteur Kalt a montré qu'il s'agissait d'un cylindrome de la glande lacrymale. On conseille une exentération large de l'orbite après radiographie de l'orbite gauche et des poumons.

Examen radiologique du Docteur Baclesse.

Crâne : pas de lésions osseuses apparentes.

Thorax : pas de métastases visibles.

Le 5 mars 1941 le Docteur Tailhefer pratique l'exentération de l'orbite gauche, pour épithélioma récidivé de la glande lacrymale, par électrocoagulation.

En mai 1941, bon état, l'élimination osseuse n'est pas faite, mais il n'y a pas de signes de récidives.

En juin, élimination des derniers séquestres. Guérison.

En septembre, très bon état. Epidermisation presque complète de l'orbite. En bas et en dehors, en haut et en dedans, deux tumeurs sous-cutanées, très limitées, dures, plutôt cicatricielles, et surtout très douloureuses. Il ne semble pas s'agir de récidives, mais plutôt de névromes.

En janvier 1942, pour avoir une sécurité totale on fera une biopsie sur un des points indurés. On se rend compte qu'il s'agit de récidives, et on procède immédiatement à une électrocoagulation des deux régions suspectes.

Examen histologique des deux nodules.

Ces deux nodules montrent un envahissement du derme par des îlots lobulés de cellules épithéliomateuses. Celles-ci dont la morphologie se rapproche des cellules basales, forment des amas denses, homogènes, ou parsemés de petites cavités glanduliformes. Les mito-

ses sont peu abondantes, le stroma est en partie hyalinisé, ou scléro-gène selon les zones, mais ne présente pas de réactions inflammatoires. Il s'agit donc bien d'une récidive d'un épithélioma d'une glande annexe.

En avril 1942, il existe de nouveau, un petit nodule du volume d'un très petit pois, en arrière de l'angle externe de l'œil, petite masse mobile. De plus récidive orbitaire du volume d'une noix faisant une grosse saillie dans l'orbite.

Le Docteur Tailhefer montre la malade au Docteur Baclesse pour traitement roentgenthérapique.

En mai 1942, examen radiologique du thorax.

Il existe au niveau du champ pulmonaire gauche deux petits nodules de sept millimètres de diamètre qui sont suspects.

En juin, la malade est convoquée pour roentgenthérapie. La récidive de l'orbite se présente sous forme d'une tumeur ulcérée de 28 × 35 millimètres, elle est complètement fixée en profondeur, il n'y a pas d'adénopathie. La malade se plaint d'hémi cranalgie gauche.

Le traitement sera fait malgré l'évidence de métastases pulmonaires, pour essayer de calmer les douleurs devenues extrêmement violentes. En effet, après quelques séances les douleurs ont complètement disparu.

Le 7 août fin du traitement.

La malade a reçu 2.500 r. en 2 h. 21 sur 96 jours et répartis ainsi :

Champ 1 : 1.750 r.
Champ 2 : 750 r.
Surface : 20 × 42 cm2.
Tension secondaire : 180 Kv.
Filtre : 0,3 Cu tube + 0,7 Cu + 2 Al.
Distance : 60 cm.

En septembre 1942, excellent état général. La tumeur régresse lentement. Aucune douleur. Aucune adénopathie.

En novembre, les douleurs réapparaissent. On constate une

tumeur de consistance osseuse, au retour orbitaire supérieur gauche. Les noyaux métastatiques pulmonaires sont plus nombreux.

On fait un deuxième traitement par rayons X. La malade reçoit 3.775 r. en 4 h. 52 sur 70 jours.

En février, régression considérable de la tumeur orbitaire, qui a presque entièrement disparu. L'infiltration péri-orbitaire du côté de l'arcade zygomatique a entièrement disparu, ainsi que les douleurs.

En mars, nouveau traitement, par contact thérapie, sur l'orbite gauche à la distance de 2 cm.

5.220 r. en 9 minutes sur 24 jours.

En avril, la tumeur orbitaire a presque complètement disparu.

Mais en juin, les douleurs reviennent. La tumeur orbitaire grossit, et sous la peau de la région malaire on sent un petit nodule, qui fait corps avec l'os. Les métastases pulmonaires augmentent en nombre et en dimensions.

En juillet, apparaissent deux nouvelles tumeurs, une sur la bosse frontale, l'autre sur la paroi antérieure du sinus maxillaire gauche comblant la fosse canine.

Quatrième traitement par les rayons X sur la tumeur orbitaire, la tuméfaction de la bosse frontale, et celle du sinus maxillaire. 3.725 r. en 4 h. 30 sur 38 jours.

En août 1943, on constate une tuméfaction de la clavicule droite. Une radiographie ne donne pas la certitude d'une métastase.

Cette fois-ci encore la tumeur s'est montrée très sensible et a presque complètement disparu.

De nouveau en octobre, les tuméfactions grossissent, la malade souffre de l'épaule, et tousse. La radiographie de la clavicule montre alors une destruction de l'extrémité interne de celle-ci.

Une radiographie du crâne montre des métastases au niveau du frontal et du pariétal.

Les douleurs augmentant, on décide un cinquième traitement palliatif, et en janvier 1944, la malade reçoit 2.325 r. en 2 h. 20 sur 29 jours.

Mais l'état général décline. La malade est fatiguée, elle se plaint de douleurs thoraciques.

OBSERVATION III

S... Catherine.

En novembre 1943, examen du Docteur Leroux R.

Cette personne a présenté un traumatisme de la région du maxillaire supérieur gauche il y a douze ans, qui s'est répété il y a deux ans.

Depuis ce dernier, on note une augmentation de volume du sillon naso-génien. Tuméfaction qui s'étend au niveau de l'aile du nez et qui remonte en haut jusqu'au niveau de la région lacrymale, qui est inflammatoire. L'œil est surélevé, un peu exophtalmique et déporté en dedans.

A la palpation, la peau glisse partout sur la tuméfaction, sans changement de couleur. A l'exploration du rebord orbitaire inférieur, on constate que les deux tiers internes sont noyés dans la masse.

En rhinoscopie antérieure on aperçoit un très gros cornet moyen, en postérieure le cavum est libre.

On pratique une intervention pour biopsie.

Paralatéronasale gauche. Le périoste est considérablement épaissi, on le détache facilement de l'os. On trépane l'os, on tombe dans un ethmoïde fongueux.

A l'examen histologique :

Epaississement du périoste.

Fragment de l'ethmoïde. Tumeur glandulaire ayant souvent une structure de cylindrome, mais qui en raison de son caractère infiltrant et destructeur, et à cause de l'état indifférencié et proliférant de ses cellules doit être considéré comme un épithélioma.

En décembre, intervention par le Docteur Leroux R.

On refait l'incision précédente. Du fait de l'envahissement, aucun décollement périostique n'est possible. Section du rebord orbitaire au tiers moyen, de la paroi antérieure de la branche mon-

tante, et des os propres (les os sont mous partout). Ablation de tout l'ethmoïde antérieur, avec le plan osseux délimité. Résection des cornets moyen et inférieur. Ouverture du sinus maxillaire, que l'on trouve rempli de polypes. L'ethmoïde postérieur paraît intact. On pose 6 tubes de radium, qui sont enlevés le 4 décembre. Dose donnée : 20 mcd. 5.

En janvier, la cavité se nettoie progressivement. Mais apparaissent des douleurs au niveau de l'épaule gauche, et à la base de la région thoracique droite.

En février, une radiographie de l'épaule montre, une tuméfaction de la tête humérale, irrégulière, qui en occupe presque toute la largeur et qui est certainement une métastase.

Aussi en mars, on pratique un traitement par les rayons X sur l'humérus, qui amène une sédation des douleurs. La malade a reçu 4.200 r. en 3 h. 49 sur 12 jours.

En mai, les douleurs réapparaissent à l'épaule et augmentent au niveau du thorax.

Examen radiographique :

L'épaule gauche présente une modification très nette se traduisant par une calcification du foyer ostéolytique de la tête humérale. Calcifications irrégulières créant une image de mouchetures. Légère raréfaction de la cage osseuse à l'union de la tête et de la métaphyse. A ce niveau réaction périostée formant une coulée mince.

Sur la colonne vertébrale deux ordres de lésions :

— Le bord droit des dixième et onzième vertèbre est un peu irrégulier, et la zone d'insertion au corps du pédicule droit de D10 a des contours flous, effacés.

— La partie toute interne de la dixième côte droite est le siège d'une raréfaction avec érosion de la corticale du bord supérieur. Comme ces lésions correspondent au siège des douleurs, on pose le diagnostic de métastases, et on commence un traitement roentgenthérapique sur la colonne dorsale et la tête humérale. La malade reçoit 3.200 r. en 2 h. 55 sur 19 jours.

En juin 1944, une radiographie du bassin montre des méta-

stases multiples au niveau du pubis et des ischions, et au niveau de la partie externe des deux ailes iliaques.

Ces trois observations illustrent ce que nous avons dit. Pour la seconde, multiplicité des récidives locales, inefficacité du traitement chirurgical, métastases osseuses claviculaires et crâniennes, métastase pulmonaire condamnant le malade. La troisième observation est remarquable par le nombre et la variété des métastases osseuses frappant successivement et en relativement peu de temps, humérus, vertèbres, côtes, os du bassin.

Pour la première, plus difficile à interpréter, et dont nous avons déjà dit un mot, dans l'état actuel des connaissances, on ne peut faire que des hypothèses. Il n'est pas inadmissible de penser que la radiothérapie en détruisant la tumeur primitive a libéré des substances cancéricides, qui à leur tour ont fait disparaître les localisations osseuses métastatiques. L'étude de ces trois observations, en particulier de la première, nous engage à croire à la suprématie du traitement radiothérapique, et par là à étudier le traitement des cylindromes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Jusqu'alors les cylindromes étaient réputés être des tumeurs radio-résistantes, et à ce titre, comme les tumeurs mixtes elles paraissaient justiciables de la chirurgie. Mais si pour celles-ci l'exérèse chirurgicale était et reste encore le traitement de choix, il nous semble qu'il faille modifier cette opinion pour ceux-là.

Nous avons vu les résultats peu satisfaisants obtenus par la chirurgie, et les récidives presque fatales qui se produisent. A cause de celles-ci Y. LEMAITRE conseillait une exérèse limitée, quitte à la renouveler quelques années plus tard. Une opération large et par conséquent plus mutilante ne mettant pas à l'abri des récidives. Cependant il admettait aussi le traitement par les agents physiques, et rapporte plusieurs cas de cylindrome traités par le radium ou les rayons X avec des résultats intéressants.

D'autres auteurs ont proposé l'exérèse chirurgicale et la radiothérapie post-opératoire.

En raison de l'échec de la chirurgie, il nous semble que l'on soit en droit de faire un traitement par les rayons, ce qui n'empêche pas une intervention sanglante ultérieure.

Dans ce cas, afin de ne pas gêner l'opération, et pour

éviter une radiorésistance, le traitement roentgenthérapique devra s'inspirer de deux principes qu'a bien établis le Docteur BACLESSE.

Des doses totales fortes, comme pour un épithélioma radiorésistant.

Des doses étalées dans le temps, de l'ordre de deux à trois mois.

Dans l'observation I la tumeur a complètement disparu après quatre-vingt deux jours de traitement, et cela depuis plusieurs années. Dans le cas de L.. Marie si les résultats ont été moins bons, c'est que le malade présentait des métastases pulmonaires, inaccessibles au traitement. On peut cependant constater qu'à la suite de chaque période d'irradiation, la tumeur diminuait considérablement, se révélant radio-sensible.

Les métastases elles-mêmes ne contre-indiquent pas formellement le traitement. Celui-ci a au contraire un effet calmant sur les douleurs, et pourra aussi être employé dans un but de propreté, sur une tumeur ulcérée. Aussi bien la radiothérapie paraît-elle préférable à la chirurgie qui entraîne une mutilation hors de proportion avec les résultats obtenus, et qui, vu les récidives, ne peut se répéter indéfiniment.

On se rappellera pour terminer les deux principes cités plus haut, dose forte totale, dose établie dans le temps, et aussi ce grand principe qui est valable pour toute tumeur maligne, à savoir qu'il faut intervenir le plus tôt possible, les métastases pulmonaires restant la pierre d'achoppement dans le traitement des cylindromes.

CONCLUSION

Au terme de ce bref exposé sur les cylindromes, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes.

Le cylindrome nous paraît pouvoir être considéré comme une entité clinique bien définie.

Epithélioma, d'origine glandulaire, caractérisé histologiquement par des cordons de cellules épithéliales, contenues dans un tissu conjonctif, qui prend l'aspect muqueux à leur contact, par la présence des corps oriformes caractéristiques, remplis d'une substance muqueuse colorable par le muci-carmin.

Cliniquement, par une évolution lente, remarquable au début tout au moins, par l'absence de signes cliniques, il acquiert une particularité, après exérèse par la répétition désespérante des récidives, enfin par l'apparition souvent tardive de métastases essentiellement pulmonaires et osseuses, venant gréver lourdement le pronostic.

Enfin, au point de vue traitement, il nous paraît devoir substituer à l'exérèse chirurgicale mutilante, et peu satisfaisante, le traitement par le radium ou les rayons X, qui s'il ne guérit à tout coup le malade permet au moins dans ces tumeurs à évolution lente, des survies importantes.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
VERNE

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Baclesse (F.). — Radiosensibilité et métastases observées au cours des cylindromes et des tumeurs mixtes des glandes salivaires. (*Bulletin de l'Ass. Française pour l'étude du Cancer*, tome 29, n° 3, 1940-1941).

Barozzi et Lesné. — Cylindrome ayant débuté dans la région sous-maxillaire gauche. (*Bul. Soc. Anat. de Paris*, 1897, p. 266).

Baumgartner — Le cylindrome. 1914. (*Thèse*, Paris).

Beck (J.-C.) et Guttmann. — Le basaliome ou cylindrome des voies aériennes. (*Anals of otol. rhin. & lar.*, St-Louis, sept. 1936, 45, n° 3, p. 618-631).

Bourgeois (H.) et Soulas (A.). — A propos d'un cas de cylindrome de l'épiglotte avec métastases pulmonaires probables. (*An. d'Oto. Laryn.*, juin 1931, 680).

Brunchwig. — (*Surgery gyn. obst.*, 1930).

Busch (W.). — Extirpation von Geschwülsten in der Augenhöhle. (*Chirurg. Beobachtungen*, Berlin, 1854, p. 4-21).

Bertrand et Polloson. — Cylindrome de la sous-maxillaire. (*Lyon Chirurgical*, 1930).

Blondiau. — Cylindrome de la parotide. (*XXXI^e Congrès Belge d'O. R. L.*, Tournai, 1929).

Druault et Milian. — Cylindrome de la paupière inférieure. (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1899, p. 323).

Foerster. — Supplément de l'atlas de l'anatomo-pathologie microscopique. 1853.

GORIS. — (*XXVI^e Congrès annuel Soc. Belge O. R. L.*, Bruxelles, 1920, p. 143).

GRAEFE (A.). — Mittheilungen von Krankhüts follen tumoren. (*Arch. f. Ophtalm.*, 1854, t. I, p. 420-424).

GRAEFE. — Zur Casuistik des Tumoren, Cylindroma. (*Arch. f. Ophtalm.*, 1864, vol. X, p. 184-193).

GUIDA (G.). — Sul trattamento chirurgico associato a radium et radiotherapia nei Cilindromi del poloto molle. (*La Coltura medico moderna*, Palerme, 1929, 8, n° 15, p. 680-686).

LEMAITRE (Y.). — Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. 1936. (*Thèse*, Paris).

LEROUX (R.). — A propos des tumeurs des glandes salivaires. (*Bull. Ass. Fran. Can.*, 1926, 15, 6).

— A propos de l'histogénèse du cylindrome. (*Bull. Ass. Fr. Can.*, 1920, 9-107).

LEROUX (R.) et LEROUX (R.-J.). — Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et les autres formations glandulaires cervico-faciales. (*An. d'Oto-Laryn.*, fév. 1936, 113).

— Essai de classification architecturale des tumeurs des glandes salivaires. (*Bull. Ass. Fr. Can.*, 1934, 23-304).

LORAIN et ROTIN. — Sur deux nouvelles observations de tumeurs hétérocliniques et sur la nature du tissu qui les compose. (*Mém. Soc. Bio.*, 1854, p. 209-221).

MALASSEZ. — Sur le cylindrome. (*Arch. Physio. normale et pathologique*, 1883, 3^e série, tome I, p. 123, 186, 476).

MASSON. — Diagnostic de laboratoire.

NUSBAUM. — (*Arch. f. ohren*, Berlin, 1932, tome 131, p. 13-15).

RAZEMON et DELANNOY. — Un cas de cylindrome de la glande sous-maxillaire gauche. (*Gazette des Praticiens*, 1925).

ROBIN et LABOULBÈNE. — Sur trois productions morbides non décrites. (*Mém. Soc. Bio.*, 1853, p. 185-196).

ROBIN. — Sur la production accidentelle d'un tissu ayant la struc-

ture glandulaire dans des parties du corps dépourvues de glandes. (*Mém. Soc. Bio.*, 1855, p. 91).

Roux-Berger et Mlle Tadlovker. — Tumeurs de la parotide. (*Mém. Ac. de Chirurg.*, 1939, mars, 65, n° 10, p. 404).

Rispal et Samiac. — (*Toulouse Médical*, 1906). Métastases crâniennes d'un cylindrome de la région parotidienne.

Tomasi. — (*Virch. Arch.*, 1864, tome 31, p. 111).

Traina. — Sur les tumeurs cylindromateuses. (*Bull. mal. or. gola. naso.*, Florence, 1935, 53, n° 4, p. 169).

Thiéry. — Contribution à l'étude des cylindromes. Lille, 1888.

Vernieuwe et Goormagtich. — Considérations anatomo-pathologiques et cliniques à propos d'un cas de cylindrome de la cloison nasale. (*Bull. Soc. Belge d'O. R. L.*, Bruxelles, fév. 1938, n° 1, p. 72; *Revue d'O. R. L., Bordeaux*, mars 1938, n° II, 58, p. 289).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S